………………………………………………

        pieczęć podmiotu leczniczego

**ZAŚWIADCZENIE**

**Zaświadcza się,** że Pani/ Pan (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

………………………………………………………………………………………….……………....

w terminie od ………….………… do ………………………,

wykonywała zawód w trybie art. 26b ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach zadań realizowanych przez podmioty lecznicze w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Data …………………………………… ……....................................................................………

 *Podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego*